

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....
(adres zamieszkania osoby odbierającej)

.....
(nr tel. kontaktowy)

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w SPWSZ w Szczecinie, ul. Arkońska 4 w terminie wskazanym przez Zakład.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w SPWSZ w Szczecinie jest uzależniony od uzyskanej przez pacjenta punktacji podczas oceny według Skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt pacjenta przestaje być finansowany przez ZOW NFZ w Szczecinie, a pacjent zostanie wypisany z ZOL SPWSZ w Szczecinie.

Ponadto oświadczam, iż w przypadku nieodebrania pacjenta w terminie wyznaczonym przez Zakład zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z nadterminowym pobytem pacjenta w ZOL.

.....
(podpis osoby odbierającej)